

Le lymphome de Burkitt en milieu hospitalier du Burkina Faso : Aspects thérapeutiques et évolutifs

Burkitt's lymphomain Burkina Faso hospital center : therapeutic and course.

P BONKOUNGOU (1), A SAWADOGO (2), B BALAKA (3), A DABOUE (4), A.ASAWADOGO(5).

1-Service de pédiatrie Centre Hospitalier universitaire Souro SANOU (CHUSS)01 BP 676 Bobo-Dioulasso BURKINA FASO

2- Service de médecine interne CHUSS01 BP 676 Bobo-Dioulasso BURKINA FASO

3- Service de pédiatrie CHU Campus Lomé TOGO BP 80866 Lomé TOGO

4- Service d'ophtalmologie CHUSS01 BP 676 Bobo-Dioulasso BURKINA FASO

5- Département de pédiatrie Université de Ouagadougou UFR/SDS 03BP 7021 Correspondance : Docteur Bonkougou Pingdwindé, Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier National Sourô Sanou, BP 676 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Fax : 00 226 98 26 50 Email: bonkwinde@yahoo.fr

RESUME: Une étude rétrospective portant sur 41 dossiers d'enfants hospitalisés et traités pour lymphome de Burkitt, sur une période de 10 ans, a été effectuée dans les services de pédiatrie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Bobo-Dioulasso aux fins d'étudier les aspects thérapeutiques et évolutifs de la maladie. Les moyens thérapeutiques ont été la chirurgie d'ablation des volumineuses tumeurs (19,5%) et la monochimiothérapie au cyclophosphamide (83%) selon les procédés de Burkitt (64,7%) et de N'gu (35,3%). La létalité sous chimiothérapie était de 8,8%. L'évolution immédiate a montré 58,8% de rémission complète, 26,5% de rémission partielle, 11,8% de résistance au traitement.

Mots-clés : lymphome de Burkitt, traitement, évolution.

Summary : A retrospective study of 41 cases of children sent to hospital and treated for the Burkitt's lymphoma for a period of 10 yearshas been carried out in the hospital of Bobo-Dioulasso in order to study the progressing and therapeutic features of the disease. The therapeutic means were the ablation surgery of voluminous tumors (19.5%) and the monochimiotherapy with cyclophosphamid (83%) according to Burkitt's procedure (64.7%) and N'gu procedure (35.3%). The mortality under chemotherapy was 8.8%. The immediate evolution has shown 58.8% of complete remission, 26.5% of partial remission, 11.8% of resistance to the treatment.

Key words : Burkitt's lymphoma, treatment, evolution.

INTRODUCTION : Le lymphome de Burkitt est une tumeur par excellence des pays pauvres. Cet hématosarcome de l'enfant est classé parmi les lymphomes malins non hodgkiniens de haute malignité. Il répond à des critères épidémiologiques, cliniques, histologiques, immunologiques et cytogénétiques précis. Rapidement et spontanément mortel, ce cancer est heureusement très sensible à la chimiothérapie. Cependant, sa prise en charge reste ardue en Afrique noire. Au Burkina, il est le plus fréquent des cancers de l'enfant avant l'âge de 20 ans (1) et pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques (3, 4). Notre étude a pour but de décrire, en 10 ans d'expérience, les aspects thérapeutiques et évolutifs de 41 cas, à l'hôpital de Bobo-Dioulasso.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée entre le 01/ 01/ 89 et le 31/12/96 chez 41 enfants de 0 à 15 ans hospitalisés à l'hôpital de Bobo - Dioulasso pour lymphome de Burkitt. Ont été inclus, les enfants dont le LB a été confirmé par examen anatomopathologique . Ont été étudiés: *le délai de début du traitement; * les moyens du traitement. Deux schémas thérapeutiques ont été utilisés :

le procédé de N'Gu qui utilise 10 à 15 mg/kg/jour de cyclophosphamide pendant cinq jours par semaine, le traitement d'induction comporte six cures hebdomadaires, et le procédé de Burkitt utilisant six à huit cures discontinues de cyclophosphamide à raison de 40 mg/kg en perfusion une fois par semaine ; * les éléments de surveillance de la chimiothérapie : cliniques, biologiques (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, azotémie, glycémie) ; l'évolution de la maladie : guérison ; rémission complète, incomplète, résistance ou échec au traitement, décès ; le coût financier de la prise en charge. Toutes ces données ont été saisies et analysées sur micro ordinateur utilisant le logiciel Epi info 5.0

RESULTATS

Résultats généraux : l'étude a recensé 41 dossiers d'enfants hospitalisés pour lymphome de Burkitt, soit une incidence annuelle de 4,1 cas. Le diagnostic a été confirmé histologiquement chez les 41 patients. Selon la classification de Murphy, 73% des enfants étaient au stade I, 5% au stade II, 22% au stade III ; le stade IV n'a pas été rencontré. Le traitement a débuté en moyenne 9,71

jours \pm 7,90 après l'admission des patients, variant de 1 à 39 jours. La chirurgie a été pratiquée chez huit patients (19,5%). La monochimiothérapie au cyclophosphamide a été la règle chez 34 patients (83%). Selon le stade de la maladie, 23 patients (67,6%) appartenaient au stade I, 2 patients (6%) au stade II, et 9 (26,4%) au stade III. Le procédé de Burkitt a été utilisé chez 22 patients (64,7%), celui de N'gu chez 12 (35,3%). Le nombre moyen de cures d'induction variait de 1 à 8, en moyenne 4 cures. Six des 22 patients (27,2%) traités selon le procédé de Burkitt ont eu la totalité de la cure d'induction contre deux parmi les 12 (16,6%) patients traités selon le procédé de N'gu. L'examen de l'hémogramme après la première cure d'induction montrait une leucopénie chez 41,4% des patients, une hyperleucocytose chez 7%, une hyperéosinophilie dans 40% des cas, une thrombocytose dans 7,4% et une thrombopénie également dans 7,4%. L'anémie notée dans 96,4% des cas était microcytaire hypochrome. La vitesse de sédimentation était accélérée, supérieure à 100 mm à la première heure dans 15% des cas. Les complications étaient cliniques : vomissements dans 7 cas (20,6%), alopecie (1 cas), et hématologiques : 7 cas de granulopénie (20,6%) justifiant la suspension du traitement et un cas de pancytopénie obligeant à l'arrêt de celui-ci.

L'évolution immédiate : la durée moyenne d'hospitalisation était de 41 jours \pm 25 avec des extrêmes de 6 et 131 jours. Le taux de létalité était de 9,75% (4/41), les patients décédés appartenant tous au stade I de Murphy ; cinq patients sont sortis sans avis médical (12,2%). Le taux de rémission complète était de 58,8% (20/34), les rémissions partielles de 26,5%, les résistances de 11,8%. Le taux de rémission complète était de 87,5% chez les patients ayant reçu la totalité de leur cure d'induction, de 65% chez ceux qui ont reçu au moins 4 cures d'induction de cyclophosphamide. Le taux de létalité sous chimiothérapie était de 8,8% (3 décès/34) : deux avec le procédé de Burkitt, un avec celui de N'gu.

L'évolution ultérieure : un seul des huit patients traités chirurgicalement a été revu à un contrôle puis perdu de vue ; le taux global de rechute était de 25,8% (8 cas). Il était de 33,3% chez les patients en rémission complète (5/15). Chez les patients soumis à la chimiothérapie, 16 (47%) ont été perdus de vue dès la fin de la première hospitalisation, sept ayant été revus à au moins un contrôle puis perdus, 8 (23,5%) ont fait une rechute 1 à 6 mois après leur sortie, en moyenne 3, 63 mois \pm 1,60.

COMMENTAIRES : Le traitement du lymphome de Burkitt est avant tout médical, basé sur la polychimiothérapie. La chirurgie ne trouve son indication que dans les tumeurs volumineuses abdominales ou maxillo-faciales isolées. En Afrique, la monochimiothérapie reste de mise car le prix des antimétabolites dépasse le pouvoir d'achat des patients qui appartiennent aux classes sociales les plus pauvres. Le coût prohibitif des antimétabolites en Afrique semble expliquer les sorties sans avis médical des malades : 12,2% dans notre étude, 7,1% au Togo (6), 10% au Malawi (7). Cependant, les malades ne percevraient pas tout l'intérêt de poursuivre un traitement si onéreux alors que la rémission est obtenue dès la deuxième ou troisième cure d'induction (2, 5). Quand ils peuvent être obtenus, le délai de mise en route du traitement est assez long et constitue un facteur de mauvais pronostic. Or, la chimiothérapie sans délai se heurte à des contraintes diagnostiques et de réanimation dans notre contexte. Les moyens de surveillance du traitement étaient sommaires mais nous ont permis d'affirmer la bonne tolérance de la chimiothérapie (peu de complications iatrogènes). L'anémie, l'hyperéosinophilie sont fréquentes chez l'africain et ne sont que le reflet d'un état général déficient (polyparasitoses, malnutrition). L'évolution immédiate semblait bonne : 58,8% de rémission complète et 11,8% d'échec thérapeutique. Segbena et al. au Togo (6), Van Hasselt au Malawi (7) obtenaient respectivement 32,1 et 20% de rémission complète, 25 et 60% de rémission partielle, 17,9 et 20% de résistance. Les rémissions complètes semblaient meilleures avec le procédé de Burkitt (68,2%) qu'avec celui de N'gu (41,7%). Les résultats étaient excellents chez les patients ayant reçu la totalité de leur cure d'induction et confirment ceux du Malawi (7). La bonne évolution à tous les stades confirment la chimiosensibilité du lymphome de Burkitt au cyclophosphamide rapportée par Burkitt (2). La mortalité sous chimiothérapie semblait plus faible (8,8%), vus les 25% de Segbena et al. (6). Le suivi à long terme était difficile (pertes de vue importantes, irrégularité du suivi), les rechutes précoces. Nous n'avons observé aucun cas de guérison, comme ailleurs en Afrique (6). Le coût financier de la prise en charge des enfants atteints de lymphome de Burkitt est élevé surtout pour le Burkina classé parmi les pays les plus pauvres du monde.

CONCLUSION : Le traitement du lymphome de Burkitt reste difficile dans notre contexte. L'éducation pour la santé, le renforcement des moyens diagnostiques, l'accessibilité aux antimétabolites pourraient permettre une prise en charge efficace de la maladie et assurer une survie prolongée aux enfants.

REFERENCES

1. **Andonaba JB.** Les tumeurs malignes au Burkina Faso. A propos de 990 pièces colligées de 1983 à 1990 dans le Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du Centre hospitalier national yalgado ouédraogo de ouagadougou. Thèse 1992.
 2. **Burkitt D.** Long term remissions following one and two-dose chemotherapy for African lymphoma. *Cancer* 1967 ; 20 : 756-9.
 3. **Coulibaly B.** Lymphome de Burkitt en Haute-Volta (Aspects cliniques et thérapeutiques). A propos de 16 observations dans les hôpitaux de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Thèse médecine. Ouagadougou 1983 ;5 :108pp.
 4. **Courtois D.** La maladie de Burkitt en Haute-Volta. *Méd Trop* 1966 ; 26 (4) : 363-72.
 5. **Koffi KG, Bosson NM, Aka-Adjo MA, et al.** Résultats du traitement du lymphome de Burkitt africain. Expérience du service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon (Abidjan). *Méd Afr Noire* 1997 ; 44 (12) : 635-9.
 6. **Segbena AY, Kueviakue M, Vovor A, et al.** Lymphome de Burkitt au Togo : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Med Afr Noire* 1997 ;44(3):141-5.
- Van Hasselt EJ and Broadhead R.** Burkitt's lymphoma : A case file study of 160 patients in Queen Elisabeth Central Hospital from 1988 to 1992. *Pediatric Hematol Oncol* 1995 ;12 :277-81.